

Beilage 3

Operationsbericht**Spinale Chirurgie**

Basel, 20.12.2016,

Fi
S
K
V.-Klasse: 3
IMC-Chirurgie, stationär
Fall Nr.:

OP- Datum: 15.12.2016 15.18

OP- Diagnose: C-Verletzung mit deutlicher Dislokation in Höhe LWK1 und Spaltfraktur disloziert LWK2 mit konsekutiver Duraverletzung und hochgradiger Einengung des Rückenmarkkanales mit posttraumatischer Paraparese Sub L2 nach Sturz aus 12 Meter Höhe vermutlich in suizidaler Absicht

Operation: Offene Reposition und interne Fixation mit USS II-Instrumentarium von Th10 auf LWK4 und Fusion von Th12 auf L2 durch posterolaterale autologe Knochenanlagerung vom Beckenkamm links entnommen Duraläsion versorgt mit TachoSil, Fibrinkleber und Tabotamp

OP- Codes: SLK 2303.00/2311.00
VES 033.5/717.7
ICD 79.19/77.89

Operateur 1: Dr. C.**Operateur 2:** Dr. O.**Assistenz 1:** Dr. M.**Anästhesist:** Dr. M.

Indikation: Frau hat sich heute vermutlich in suizidaler Absicht aus dem 4. Stock gestürzt und ist dabei auf den Füßen aufgekommen und hat sich dabei unter anderem oben genannte Wirbelsäulenverletzung mit konsekutiver Paraparese zugezogen. Des Weiteren ist ein Pneumothorax rechts mit Spannungskomponente vorliegend. Hier wurde im Schockraum eine Thoraxdrainage rechts angelegt. Frakturen der Wirbelsäule noch in Höhe HWK7 und BWK1 mit Fraktur des Processus spinosus und Ausläufer in die Lamina. Hier planen wir eine konservative Therapie des weiteren Sakrum- und Coccygisfrakturen. Hier auch konservatives Therapieprocedere. Eine offene OSG-Luxationsfraktur beidseits wurde..... reponiert und fixiert. Die Indikation für den Eingriff der Wirbelsäule war mit Kategorie 1b angemeldet, die Patientin ging unmittelbar vom Schockraum in die Op. Geplant war die offene Reposition und Fusion und gegebenenfalls Duraversorgung.

Operation: Die Patientin wurde aufgrund der initial fehlenden Durchblutung des linken Fusses zunächst bezüglich der offenen OSG-Fraktur reponiert und versorgt und dann unmittelbar die Wirbelsäule adressiert. Bauchlagerung der Patientin und sorgsames Auspolstern. Für die Halswirbelsäulenverletzung erhält die Patientin einen weichen Kragen. Höhenlokalisation mit Hilfe der Fluoroskopie. Es zeigt sich durch die Lagerung bereits eine leichte Reposition der Fraktur. Desinfektion und Abdeckung in hausüblicher Weise. Antibiotikumprophylaxe wurde bereits mit Augmentin begonnen. Hautschnitt in der Medianlinie von Th10-L4 verlaufend. Subperiostales Darstellen der dorsalen Elemente bis zu den Querfortsätzen. Es zeigt sich eine Zerreissung der dorsalen Elemente des Ligamentum interspinosum in Höhe L1/2 und partiell auch L2/3. In Höhe L1/2 sieht

Fi

2

man, das langsam Liquor aus dem Defekt heraus sickert. Es werden nun die Schraubeneintrittspunkte Th11 bis L4 präpariert. In Höhe Th12 bis L2 werden die Facettengelenkscapseln welche partiell zerrissen sind für die spätere Fusion reseziert und die noch im Verbund vorhandene aber überwiegend frakturierten Querfortsätze präpariert und deperiostiert. Die Facettengelenke Th12/L1 und L1/2 werden angefräsch. Nun werden in die Wirbelkörper Th11/12, L2 links und 3/4 Pedikelschrauben platziert. Sämtliche Schrauben finden sehr guten Halt. Insbesondere auch die thorakalen Schrauben, so dass wir uns entscheiden nicht noch auf T10 zu verlängern. Nun Spongiosaentnahme vom Beckenkamm links. Einbringen von zwei passgerechten Stäben und nun Reposition der Fraktur durch Traktion zwischen Th12 und L1. Fluoroskopisch können wir eine sehr schöne Reposition dokumentieren. Nun werden die Schrauben und Stäbe definitiv festgezogen. Der reichlich gewonnene Spongiosaknochen wird posterolateral angelagert und noch mit 10mg Grafton augmentiert. So entstehen beidseits sehr schöne Fusionsstrassen. Zuvor wurde der Operationssitus mehrmals mit warmem Ringerlaktat gespült. Die Duraleckage wird aufgrund des sehr schönen Repositionsergebnis und des allgemein eher instabilen Zustandes der Patientin nicht komplett eröffnet. Wir entscheiden uns im Verlauf ein CT durchzuführen und aktuell das Duraleck mit TachoSil, Fibrinkleber und Tabotamp zu versorgen. Nun Einbringen von zwei tiefen und einer subcutanen Redondrainage und dann schichtweiter Wundverschluss. Hautnaht mit 3.0 Prolene in Donati-Rückstichttechnik. Steriler Verband.

OP Dauer: 267 Min.
Reinheitsgrad der OP sauber

Postoperatives Procedere: CT zur Dokumentation der Reposition und im Falle des Verbleibes eines ossären Fragmentes im Kanal gegebenenfalls Revision nach Stabilisierung der Patientin. Sonst regelmässige Wundkontrollen. Mobilisation nach Massgabe der Beschwerden und rücken-gerecht. Anmeldung der Patientin im RehaB bald möglichst. Klinische und radiologische Verlaufskontrolle nach Mobilisation und nach 3 Monaten in meiner Sprechstunde.

Zeitpunkt Dienstag, 14. März 2017 um 10.00 Uhr
Nachkontrolle:
Sprechstunde: Dr. med. C.


Oberärztin